**КОРЬ**

**Корь-** острая вирусная антропонозная инфекция, характеризующаясявыраженной интоксикацией, катаральным или катарально- гнойным ринитом, ларингитом, конъюктивитом, своеобразной энантемой (пятна Филатова- Коплика- Бельского) и папулёзно- пятнистой сыпью. Восприимчивость к вирусу кори близка к 100%. Корью могут болеть все группы населения, ранее не болевшие ею и непривитые. Случаи кори чаще встречаются в зимне- весенний период.

У новорожденных детей есть так называемый колостральный иммунитет, который достаётся ребёнку от матери, ранее переболевшей корью и кормящей ребёнка грудью, он защищает малыша в первые 3 месяца от рождения. После того, как человек переболел корью, у него формируется стойкий иммунитет.

 Возбудителем кори является РНК вирус семейства парамиксовирусов. Вне организма он быстро погибает под воздействием внешних факторов( при температуре выше 56 0С, в кислой среде, под влиянием рассеянного света, под прямыми солнечными лучами, во влажном воздухе, под воздействием дезинфектантов. В каплях слизи притемпературе воздуха 12-150С сохраняется в течение нескольких дней. Низкую температуру переносит хорошо: кровь больного замороженная при- 720С, сохраняет свою заразительность в течение 14 дней.

Отличительной особенностью вобудителя кори является его способность к пожизненной персистенции в организме перенесшего заболевание и способность вызывать особую форму инфекционного процесса- медленную инфекцию( подострый склерозирующий панэнцефалит).

 Корь передаётся между людьми воздушно- капельным путём. Больной человек выделяет вирус со слизью, при кашле, чихании.

Источник инфекции- это заболевший корью человек. Заразен он от 2-х последних дней инкубации до 4-го дня сыпи, с 5-го дня сыпи больной считается не заразным.

Симптомы кори начинают проявляться после инкубационного периода( 7-14 дней). Выделяют типичную и атипичную форму заболевания

Течение болезни протекает в 3 периода: катаральный( продромальный), высыпания, реконвалесценции.

Катаральный: недомогание ,головная боль, нарушение сна, ухудшение аппетита, повышение температуры до 39-40, насморк, сухой кашель, осиплость голоса, отёчность век, конъюнктивит, светобоязнь, одутловатость лица, гиперемия ротоглотки, лимфоаденопатия, иногда разжиженный стул.

Спустя 3-5 дней появляется пятнисто- папулёзная экзантема, иногда с геморрагическим пропитыванием: лицо, туловище, конечности - этапность появления её и этапность угасания через пигментацию элементов сыпи.

Патогномоничный признак в начале этого периода- пятна Филатова- Коплика- Бельского на слизистой оболочке щек рядом с малыми коренными зубами, на дёснах, губах, одновременно или немного раньше- коревая энантема на слизистой мягкого нёба.

 Период реконвалесценции( пигментации)- состояние стабилизируется, катаральные проявления исчезают, сыпь постепенно бледнеет, это происходит в том же порядке как и её появление. На месте сыпи остаются пятна светло- коричневого оттенка, через 5-7 дней пигментация исчезает, на её месте может быть лёгкое шелушение ( чаще на лице).

Митигированная корь- появляется у людей получивших пассивную или активную иммунизацию( лёгкое течение , отсутствуют пятна Филатова- Коплика- Бельского, нет этапности высыпания.

Абортивная корь- обрывистые, короткие все периоды кори.

 Диагностика кори определяется клиническими симптомами, наличием контакта с коревым больным.

Лабораторная диагностика: ПЦР(генотипирование)- соскоб из носоглотки в первые 3 дня с момента появления сыпи; серологическое исследование крови больного на 4-5 день с момента появления сыпи, повторное через 1-2 недели.

Профилактика: вакцинация плановая по календарю прививок; экстренная живой коревой вакциной или противокоревым иммуноглобулином в первые 72 часа после контакта с коревым больным .